

被保険者(申請者)情報	記号	番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) -----	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 <input type="text"/>
	住所	(〒)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)					

振込先指定口座	被保険者名義の口座を記入してください				
	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(ゝ)は1字としてご記入ください。				
<input type="text"/>					

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

受付日付印

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

申請内容	移送を受けた方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者 (氏名)		
	移送を受けた方の生年月日及びその続柄	令和 年 月 日	続柄()	
	傷病名			
	発病または負傷の原因			
	発病または負傷の年月日	令和 年 月 日		
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日	令和 年 月 日		
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -		
	移送に要した費用の額	円		
	第三者行為によるときはその事実			
第三者の氏名 及びその住所	氏名 ----- 〒 -			

医師・ 歯科医師 記入欄	移送を必要と 認めた理由			
	付添を必要と認 めた理由			
	移送経路			
	移送方法			
	移送年月日			
	上記のとおり相違ありません。	令和 年 月 日		
	住所 〒 -			
	医師または歯科医師の 氏名	-----		

※領収書を添付してください